

*G Chir Vol. 24 - n.11/12 - pp. 435-445
Novembre - Dicembre 2003*

La cura ed il controllo della qualità di vita in chirurgia oncologica: dalla risposta psicologica alla malattia al sollievo dal dolore

A. RUSSO

RIASSUNTO: La cura ed il controllo della qualità di vita in chirurgia oncologica: dalla risposta psicologica alla malattia al sollievo dal dolore.

A. RUSSO

La cura ed il controllo della qualità di vita dovrebbero essere considerati cardini dell'approccio medico-paziente, altrettanto importanti alla stregua della fase diagnostica e terapeutica. Che alla branca chirurgica in ambito oncologico sia attribuita una particolare connotazione da parte del paziente - che la investe di un ruolo di baluardo principale contro la malattia, poichè interviene con l'asportazione macroscopica del male con un fine ancora curativo, (è inoppugnabile come, nell'immaginario comune, le alternative terapeutiche alla cura dei tumori solidi, rappresentate dalla chemio e radioterapia siano percepite quali rimedi dell'ultima spiaggia, palliativi per le fasi che precedono lo stadio avanzato e/o terminale) - è dimostrato innanzitutto dalla constatazione di come i chirurghi siano stati i primi esponenti della classe sanitaria a focalizzare la propria attenzione sulle problematiche inerenti la qualità di vita del ricoverato e successivamente del paziente dimesso.

Scopo del presente lavoro è il richiamo ad alcuni degli aspetti della pratica clinica che corredano l'iter chirurgico, come la complessa reazione emozionale del paziente ed i presidi farmacologici per il controllo del dolore.

SUMMARY: Life care and quality life control in oncological surgery: from psychological reaction to pain control.

A. RUSSO

Life care and quality life control would be considered as important as diagnostic and therapeutic steps. Surgical phase has a particular aspect in oncology, as the patient himself requires a curative intent from surgery (it's generally well known that alternative therapies for solid tumors, such as chemotherapy and radiotherapy, are thought to be extreme remedies during advanced stage); in fact surgeons first, focused their attention upon life quality either of hospitalized or discharged patients.

The aim of this article is to illustrate themes of clinical practice such as the complex emotional reaction of the patient and the pharmacological support for pain control.

KEY WORDS: Qualità di vita - Oncologia - Chirurgia - Dolore.
Quality of life - Oncology - Surgery - Pain.

Premessa

"Noi rileviamo sempre qualcosa di ridicolo nelle emozioni delle persone che abbiamo cessato di amare"
Oscar Wilde

Il sentimento che ha animato negli anni Cinquanta i pionieri dello studio sistematico di controllo dell'interrelazione medico-paziente, in particolare la valutazione obiettiva delle condizioni fisiche e delle ripercussioni emotive in cui viene vissuta l'ospedalizzazione, dovrebbe trovare la massima sintesi in campo oncologico. In tale settore, infatti, ogni risvolto psicofisico della malattia è espresso con l'amplificazione det-

tata dal timore per il dolore, che il trauma chirurgico spiega solo in parte, e per l'invalidità derivante dall'alterazione più o meno profonda del proprio aspetto, dalla consapevolezza diretta o indiretta degli effetti collaterali delle terapie adiuvanti (causa di ulteriore disagio), dall'angoscia conseguente alla perdita del proprio ruolo in ambito familiare, sociale o lavorativo, dall'allontanamento degli affetti, infine, ma non ultima, dalla paura della morte.

La cura ed il controllo della qualità della vita

L'archetipo degli studi volti alla misurazione della qualità globale ed efficienza di un'attività operatoria risale al lontano 1908, anno in cui Ernest Hey-Groves

TABELLA 1 - INDICE DI KARNOFSKY (O PERFORMANCE STATUS).

<i>Capace di esplicare normale attività fisica e di lavorare. Non si richiede assistenza.</i>
100. Normale. Assenza di segni o sintomi di malattia.
90. Capace di attività normale. Lievi segni o sintomi di malattia.
80. Attività normale ma con sforzo. Alcuni segni o sintomi di malattia.
<i>Inabile all'attività lavorativa. Capace di provvedere alle proprie necessità quotidiane a casa. Si richiede comunque l'ausilio di una terza persona.</i>
70. Capace di accudire a se stesso. Inabile al lavoro.
60. Capace di espletare la maggior parte delle proprie attività, ma per alcune si richiede l'intervento di una terza persona.
50. Necessita di frequente assistenza e di prestazioni mediche
<i>Incapace di accudire a sé. Necessario ricovero ospedaliero. Rapida progressione della malattia.</i>
40. Costretto a letto. Bisogno di assistenza continua.
30. Condizioni precarie. Indicata ospedalizzazione.
20. Condizioni severe. Indicata ospedalizzazione per trattamento rianimativo.
10. Condizioni gravissime: Rapido avanzamento del processo maligno.
0. Deceduto.

proposte ai colleghi del Royal College of Surgeons di formulare un modello di monitoraggio, concepito secondo parametri uniformabili e confrontabili tra i diversi centri specialistici (1). L'impulso ha coinvolto successivamente gli operatori d'Oltreoceano, i quali, sempre sensibili all'aspetto "produttivo" del sistema in particolar modo, inteso in tale ambito quale bilancio tra salute e costo complessivo, hanno coniugato il termine di "unnecessary operation" (2,3). In tale nuova definizione confluiscono gli indici di una scadente attività sanitaria, esemplificata dall'inappropriato uso delle risorse tecniche ed umane, allorché si largheggi nell'indicazione chirurgica indiscriminatamente, con comprensibile aggravio del disagio del paziente da un lato, esposto anche ad un potenziale corteo di complicanze postoperatorie, e dell'onere economico delle prestazioni dall'altro (4, 5).

Fortunatamente il rispetto della qualità di vita è un parametro cui i recenti protocolli di ricerca fanno sempre più spesso riferimento (6, 7); l'approccio al malato ispirato ad un'interpretazione più umanistica della Medicina è una riacquisizione recente, come dimostrato ad esempio dall'interessante osservazione che circa il 91% di un campione di medici a conoscenza dell'indice di Karnofsky (Tab.1) risulta avere meno di 40 anni (8).

Torna alla memoria la definizione del chirurgo tramandataci da Aulo Cornelio Celso (I sec. d.C.) nel suo

trattato "De Medicina": "Egli deve essere giovane o almeno molto vicino alla giovinezza; deve avere la mano rapida, ferma, mai tremante, la sinistra non meno abile della destra, la vista netta ed acuta, l'aspetto audace, il cuore abbastanza compassionevole per desiderare la guarigione del suo malato, ma non al punto da agire con più precipitazione di quanta ne richiedano le circostanze, o di tagliare meno di quanto il caso esiga; in breve, egli deve agire come se i gemiti del paziente non lo impressionassero affatto".

Punto focale per la valutazione della qualità di vita è rappresentato dall'età del malato; spesso il soggetto anziano ritiene più accettabile un intervento che assicuri comunque una remissione parziale o anche di durata limitata o una pura e semplice palliazione, rispetto ad un giovane o ad un adulto, più inclini ad una concezione del "tutto o nulla", meno propensi ai compromessi, soprattutto se pesanti, quali quelli propri di un intervento chirurgico. Viceversa lo stress provocato dall'allontanamento dal nucleo familiare è accentuato nell'anziano, sprovvisto di una soddisfacente capacità di adattamento ed inserimento in un nuovo contesto sociale (9-11).

Sia pure dedotti dallo studio comportamentale di una popolazione geriatrica, i criteri che determinano in ultima analisi la qualità di vita del ricoverato candidato ad intervento chirurgico sono riassumibili in:

- aspettativa del paziente;
- impatto con la malattia;
- valutazione dei deficit pre- e post-operatori;
- qualificazione della riserva funzionale e delle capacità di recupero;
- ripercussioni psicologiche della malattia e delle fasi terapeutiche;
- implicazioni socio-assistenziali della fase terminale.

Se, come enunciato precedentemente, la quantità di vita residua in chirurgia oncologica dipende strettamente dall'ampiezza dell'exeresi, ovvero dalla radicalità raggiunta, emerge purtuttavia la necessità di un'adeguata valutazione della qualità della sopravvivenza, ovvero del non pagare a troppo caro prezzo il sacrificio di una funzione, non rendendo la cura più penosa del male stesso.

Nel paziente anziano o di età avanzata è altrettanto vero che non bisogna commettere l'errore irrimediabile di accontentarsi di ablazioni limitate, credendo erroneamente che il cancro progredisca con una minore velocità! Il residuo micro o macroscopico predispone alla recidiva con probabilità e ritmo identici a quelli osservabili in un organismo ospite più giovane; inoltre, sarebbe ancor meno giustificato aver sottoposto comunque l'individuo al disagio di un intervento chirurgico più o meno impegnativo, risoltosi in una mera citoriduzione, con scarso beneficio prognostico.

Criteri di valutazione del decorso postoperatorio o indici di qualità, che costituiscono di per se stessi

“evento sentinella”, in base ai quali stabilire la bontà o meno delle prestazioni fornite - strettamente dipendenti a loro volta dalla gestione preoperatoria e dal servizio complessivamente erogato dalla struttura ospedaliera - sono riassumibili in alcuni salienti parametri, qui di seguito elencati:

- tempo medio di allettamento postoperatorio;
- possibilità e frequenza delle mobilitazioni attive e passive;
- possibilità di deambulazione precoce, sia autonoma che assistita;
- cadute dal letto;
- complicanze infettive, locali (suppurazioni ferite, ascessi) o sistemiche (infezioni opportuniste ospedaliere, favorite anche dalla stasi bronchiale da allettamento prolungato o dalla riduzione della ventilazione da escursione costale dolorosa, dall'eventuale cateterismo urinario, da fenomeni di farmaco-resistenza, ecc.);
- episodi flebitici e trombotici;
- incidenti da terapia iniettiva;
- errori di somministrazione di farmaci o di emotrasfusioni;
- revisioni chirurgiche non programmate o riospedalizzazioni;
- numero di consulenze interdisciplinari;
- grado di soddisfazione espresso dal paziente.

Analogamente anche la qualità dell'assistenza infermieristica e delle prestazioni “alberghiere” incide sulla qualità dell'ospedalizzazione. Soprattutto in ambito oncologico, contraddistinto dalla necessità di un continuo aggiornamento professionale, un indice di qualità può essere espresso dal numero di corsi di perfezionamento seguiti dal personale, anche non medico, e da contributi elaborati per la cosiddetta “produzione scientifica” (articoli pubblicati, relazioni a congressi, ecc.). Viceversa dal numero di dimissioni contro il parere dei sanitari e dei procedimenti giudiziari o dalle segnalazioni al Tribunale per i Diritti del Malato si può dedurre il malfunzionamento dell'unità ospedaliera.

Alla debita considerazione delle implicazioni psico-emotive ed affettive del ricoverato viene riconosciuto un non trascurabile apporto alla fase riabilitativa; interessanti appaiono la quantificazione del tempo concesso alle visite dei congiunti ed al colloquio di questi ultimi con i sanitari, la valutazione del numero e tipologia dei luoghi di socializzazione all'interno del reparto, quali mensa comune per i ricoverati non allettati, biblioteca, apparecchi audio-visivi, utili strumenti di una vera e propria “terapia diversionale”, ecc.

La riabilitazione comincia laddove la funzione sia stata persa; quanto più il paziente si sentirà privato della propria autonomia, delle sue abitudini, tanto più disagiato, sebbene spesso taciuto, sarà il suo rap-

porto con la struttura, e conflittuale il suo atteggiamento nei confronti delle varie fasi diagnostiche e terapeutiche. La riduzione delle occasioni di malcontento o malessere interiore costituisce anche il presupposto per un recupero fisiologico più precoce e meno laborioso; giova ricordare come, fra le varie informazioni anamnestiche contemplate dalla compilazione di una cartella clinica, venga segnalata la valutazione delle condizioni psichiche dell'assistito, non solo per formalismo o una sorta di esercizio grafico-stilistico (fra l'altro non ben accolto da chi già sia operato da una mole di “lavoro scrittorio” talvolta imponente). L'esigenza di controllo e rettifica della qualità della degenza è divenuta così pressante negli ultimi tempi da divenire oggetto di una precisa normativa di legge, (DL 502/92), che codifica comportamenti e condizioni fisiche, almeno auspicabili da parte dell'utenza, per un'ottimale ospedalizzazione (Tabb. 2, 3 e 4).

La risposta psicologica alla malattia

“La vita ci fa pagare troppo care le merci ed acquistiamo il più meschino dei suoi segreti ad un prezzo mostruoso ed infinito”

Oscar Wilde

“Il nostro cuore dà un prezzo a tutto ciò che ci proviene dalla sorte”

François de La Rochefoucauld

L'opportunità o meno della comunicazione della diagnosi al diretto interessato dipende dalla valutazione di molteplici fattori, fra cui l'equilibrio psicoemotivo dell'assistito, il suo grado di cultura (talvolta non strettamente correlato alla capacità di accettazione della verità), l'età, la stabilità delle relazioni con la famiglia, che assumerà un ruolo di coprotagonista nella fase assistenziale, la severità della malattia ed il tipo e la durata dei trattamenti programmati (indirettamente, dalla complessità di questi ultimi, il paziente deduce la gravità del processo morboso).

Essendo l'anzianità e la vecchiaia generalmente interpretate dal nostro contesto socioculturale quali periodi di avvicinamento inevitabile al decadimento fisico e poi al trapasso fisiologico, sorgono forse minori scrupoli o difficoltà nel tacere al soggetto molto in là negli anni la reale entità della malattia. Più controverso appare invece il rapporto con un adulto o con un giovane di cui bisogna considerare le legittime aspettative di vita futura, affettiva, sociale o lavorativa, talvolta ancora in via di concretizzazione o non pienamente godute, non trascurando l'importanza da attribuire alla attiva collaborazione di questi ultimi, senz'altro più motivata e produttiva rispetto all'anziano o al vecchio, durante l'intero processo.

Nella fase post-terapeutica sono già stati superati

TABELLA 2 - INDICATORI DI QUALITÀ RELATIVI ALLE PRESTAZIONI ALBERGHIERE (DL 502/92).

-
- Assenza di barriere architettoniche.
 - Disponibilità di sale di attesa.
 - Presenza di ascensori.
 - Assenza nel circondario ospedaliero di fonti di inquinamento atmosferico, acustico o di cimiteri.
 - Numero prestabilito di letti per stanza di degenza
 - Numero di posti-letto per gabinetto, bidet, vasca o doccia e getto d'acqua.
 - Disponibilità di servizi igienici riservati al personale.
 - Presenza di locale adibito al deposito temporaneo di biancheria sporca e medicazioni.
 - Nei bagni adeguata dotazione igienica (carta igienica, tavoletta e copri-water, spazzolone, specchi, attaccapanni, asciugamani, sapone liquido, mensola, tappeto antiscivolo e maniglie, meccanismi di chiusura interna della porta).
 - Disponibilità costante di acqua calda corrente.
 - Presenza del servizio di disinfezione.
 - Ottimale pulizia dei servizi igienici.
 - Ricambio quotidiano della biancheria.
 - Distribuzione dei pasti ad orari fissi, in perfette condizioni igieniche, in contenitori individuali e con posateria monouso.
 - Presenza di spazi mensa e possibilità di consumo a letto del pasto con opportuni tutori.
 - Dotazione per ciascun ricoverato di armadietto personale, punto luce, sedia, comodino, cestino dei rifiuti.
 - Biancheria in ottime condizioni (non lacerata, lisa, ecc.).
 - Sistemazione del malato su letti ed in luoghi appropriati alla degenza, ovvero assenza di ricoverati su barelle, in corridoi, ecc.
 - Presenza di aree per la vita sociale e l'intrattenimento (salottini, giornali, televisori, ecc.).
 - Installazione telefoni pubblici.
 - Presenza nel perimetro ospedaliero di servizi di pubblica utilità, quali giornalaio, barbiere, bar, spaccio alimentare, ecc.
 - Disponibilità di assistenza specializzata per portatori di handicap (non deambulanti, non vedenti, incapaci di provvedere all'alimentazione autonoma, ecc.).
 - Assenza di animali infestanti (topi, pidocchi o parassiti di altro genere) o di rifiuti e biancheria sporca o medicazioni utilizzate abbandonate, di depositi consistenti di polvere, di pappagalli o padelle usati e collocati fuori posto.
-

taluni problemi di comunicazione, sebbene nella maggioranza dei casi non gli sia stata mai rivelata esplicitamente la natura del male; lo stesso paziente, dopo essere stato sottoposto ad una serie di accertamenti sempre più approfonditi, subito interventi chirurgici più o meno invalidati, presso reparti specialistici, in un clima di tacite ammissioni, sguardi sfuggenti, toni ed espressioni mistificati, mimica e gestualità che non è possibile camuffare costantemente e completamente, finisce con l'intuire o presagire sempre con maggior vigore, forse molto prima di quanto non si immaginasse, di essere affetto da un tumore.

TABELLA 3 - INDICATORI DI QUALITÀ CIRCA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA DEL RICOVERATO.

-
- Esistenza di locale riservato al degente per potersi cambiare privatamente.
 - Ricoverati che si sono spogliati, in occasione di un esame clinico, in presenza di altri degenti o soggetti non professionalmente coinvolti (familiari dei degenti, personale della pulizia, ecc).
 - Lettura della cartella clinica da parte di persone estranee.
 - Indiscrezioni su particolari relativi alla malattia, comunicati a terzi senza il consenso degli interessati.
 - Commenti ad alta voce lesivi del pudore del ricoverato, o appellativi impropri da parte degli operatori sanitari e/o del personale infermieristico.
 - Utilizzazione del "tu" nei confronti del ricoverato senza autorizzazione di quest'ultimo.
 - Trattamenti spiacevoli o "punitivi", da parte degli operatori, nei confronti di degenti, a seguito di comportamenti del paziente non graditi.
 - Osservazioni ingiuriose (o insulti) da parte degli operatori nei confronti del malato.
-

Tuttavia, finanche nelle fasi estreme viene innescato un meccanismo di difesa psicologica, una sorta di protezione del proprio Io da un eccesso di angoscia, conosciuto come fenomeno della "negazione" (12).

Tale elaborazione interiore delle esperienze vissute può incomberne in ogni momento, con effetti molteplici; particolarmente deleterio è il rifiuto della conoscenza da parte di chi, nonostante il vantaggio della diagnosi formulata in fase precoce, nello stesso tempo si sottrae all'approccio terapeutico in tempo utile.

Viceversa il regresso emotivo e comportamentale può anche essere sfruttato a beneficio di un intenso programma di riabilitazione; forse l'individuo convinto, o simulando a se stesso, di aver subito una demolizione chirurgica per una patologia benigna, che non chiuda le porte al futuro (tipico è l'esempio del gastrectomizzato, persuaso di essere guarito da una comune ulcera peptica), risulta meglio disposto a sottoporsi ai controlli postoperatori e ad osservare le regole dietetiche o volte al recupero funzionale consigliate. Frequentemente la collaborazione appare molto scarsa o viene fortemente invalidata in coloro che cadono in reazioni depressive o conflittuali, dinnanzi al responso chiaramente espresso o al semplice sospetto di malattia.

Il sostegno psicologico da offrire viene commisurato alle doti caratteriali del malato, ovvero all'investimento soggettivo che ognuno abbia riposto sull'immagine di sé; le implicazioni emotive di una mastectomia emergono con maggiore evidenza in una donna che abbia concentrato la maggior parte del proprio interesse sull'aspetto fisico, le ripercussioni sulla personalità risulteranno più eclatanti in un colosto-

TABELLA 4 - INDICATORI DI QUALITÀ RELATIVI AL DIRITTO DI INFORMAZIONE E DI ASSISTENZA.

- Identificabilità ed agevole reperibilità del personale sanitario ed infermieristico.
- Disponibilità di informazioni da parte del ricoverato circa il proprio stato di salute, lo schema diagnostico e terapeutico stabilito.
- Rilascio di copia di cartella clinica dopo la degenza.
- Disponibilità di informazioni per l'utente circa l'organizzazione dei servizi, orari, ecc.
- Adeguata informazione del ricoverato e consenso scritto circa l'effettuazione di procedimenti diagnostici e terapeutici.
- Tempo medio di risposta degli infermieri alla chiamata
- Copertura assistenziale continua nell'arco delle 24 ore (turni di guardia medica con relativa collaborazione infermieristica).

mizzato, che precedentemente mostrasse una cura ossessiva per l'igiene, favorendo in entrambi i casi l'autoemarginazione ed il progressivo isolamento sociale, in una sorta di "implosione psichica".

Le angosce, spesso contenute a fatica durante la fase che immediatamente precede e segue l'intervento, possono affiorare con intensità allorché alla chirurgia si aggiungono le terapie adiuvanti, in particolar modo la chemioterapia.

A quest'ultima sono vividamente legate sensazioni di profondo sconforto, angoscia (quasi come se tale provvedimento dovesse arginare il processo morboso scarsamente controllato con l'exeresi, oppure tamponare un incombente insuccesso terapeutico), paura per gli effetti collaterali, sgradevoli esteticamente (alopecia, soprattutto per il sesso femminile) o mal tollerabili dall'organismo (nausea, vomito, astenia, dimagrimento). Rappresenta quindi non solo un dovere deontologico, ma un utile provvedimento, volto a prevenire reazioni sconsiderate da parte del paziente, la corretta ed esauriente erudizione di quest'ultimo circa l'intero protocollo terapeutico, non occultando l'eventualità ed entità delle sindromi di accompagnamento, che purtroppo possono gravare sulla somministrazione della terapia antitumorale o radiante. Informazione corretta, poiché il malato, se mal istruito, tende ad amplificare taluni sintomi, su cui si sia nel frattempo polarizzata la sua attenzione (come avviene per il vomito, che in taluni casi addirittura precede l'infusione del citostatico); esaustiva, per evitare che l'assistito, sorpreso ed impreparato dinanzi all'ulteriore impegno richiestogli e fino ad allora taciutogli, rifiuti la prosecuzione di qualsiasi altra procedura (ivi compresa anche la riabilitazione funzionale, spesso coeva alla terapie complementari). Un atteggiamento guardingo e restrittivo nei confronti dei sanitari, esibito già durante l'iter diagnostico, difficilmente si tramuta in una collaborazione piena e consapevole, quando ve ne sarà più bisogno.

La prevenzione del rifiuto della malattia

"Quando la virtù si solleva e mostra il suo splendore e lo scorge e lo riconosce in un altro, si avvicina a questo e accoglie reciprocamente quella luce che è nell'altro; da questo si accendono sia l'amore che l'amicizia"

Marco Tullio Cicerone

Complessi meccanismi di natura sia psicologica che pratica incidono sull'accettazione della terapia da parte del malato oncologico o, viceversa, sul rifiuto di quest'ultima, eventi improntati ad una forte connotazione emotiva.

Il turbamento dell'individuo cui sia stata diagnosticata una neoplasia è innescato dall'apprendimento sia esplicito sia indiretto dello stato di malattia, percepito come grave ed invalidante. Pochissimi sono i momenti in cui il medico può rivelare al suo assistito la reale natura del suo male, obiettivo auspicabile ma nella pratica clinica pressoché irrealizzabile nella maggioranza dei casi; le caratteristiche socio culturali del soggetto interessato e la viva partecipazione dell'ambiente familiare entrano in gioco con innumerevoli sfumature, dettando comportamenti variegati e frequentemente dissonanti. In questo ambito il sanitario è quanto mai investito di un ruolo di intermediario fra le legittime aspettative di chi a lui si rivolge per essere curato, desideroso di essere informato, ed i parenti che, nel comprensibile bisogno di proteggere il loro caro da una realtà oggettivamente angosciante, finiscono con l'essere gli unici depositari della verità.

Il malato da molteplici segni subliminali, spesso provenienti proprio dal suo nucleo familiare, meno avvezzo agli accorgimenti e cautele di chi si adopera ogni giorno nella cura di questo male, comprende una realtà, che nella quasi totalità dei casi vuole negare a se stesso fino alle fasi estreme. La sensazione di tradimento da parte di chi avrebbe dovuto informarlo, e nel quale invece aveva riposto la sua fiducia, ingenera facilmente avversione, aggressività, conflittualità, rifiuto più o meno dichiarato di prosecuzione della terapia, accompagnato dallo sconforto, dall'angoscia dell'abbandono, infine dalla rassegnazione all'ineluttabile. A questa forma di resistenza dilazionata nel tempo si associa altrettanto frequentemente una vera e propria rimozione immediata del problema; il soggetto si convince, o si sforza di farlo, di continuare a godere di uno stato di salute buono o comunque soddisfacente, che la situazione non peggiorerà o addirittura migliorerà e che dopo tutto non è molto gradevole accettare, sulla scorta di motivazioni alquanto vaghe, in parte non completamente espresse, l'invito a sottoporsi agli approfondimenti diagnostici consiglia-



Fig. 1 - Vantaggi della terapia domiciliare.

ti, soprattutto quando prescritti da operatori di un Istituto o un Reparto dedito all'Oncologia, sperando anzi di essere vittima di un errore diagnostico ("Nessuno è infallibile, tutti possono sbagliare", "Perché dovrebbe capitare proprio a me?").

Oltre all'aspetto meramente "tecnico", il vissuto professionale ed emotivo del medico deve dunque districarsi in questo intricato contesto, giocando spesso più partite contemporaneamente: dal confidente delle paure del malato, al riferimento prodigo di consigli e conforto per i congiunti, conservando pur sempre la lucida obiettività necessaria per l'esercizio della sua funzione principale, ovverossia la cura della malattia.

Il primo compito che l'oncologo deve fronteggiare è costituito dalla sconfitta della diffidenza del malato. Particolarmente nel primo approccio, infatti, quest'ultimo è incline a sottostimare, fino a mentire talvolta, l'entità della propria sintomatologia, nel tentativo di sottrarsi ad ulteriori accertamenti diagnostici, soprattutto se invasivi, considerati fonte di ango-

scia, dolore fisico, imbarazzo, o di un allarmante avvicinamento ad una verità, che si vuole celare a se stessi. La corretta informazione da parte del sanitario circa lo scopo e la modalità di esecuzione delle varie tappe dell'iter diagnostico-terapeutico, adattata alla capacità di ricezione del paziente, spesso indipendente dalla sua scolarità - non è infrequente osservare persone istruite, anche al massimo livello, sopraffatte dall'emotività e da quei meccanismi psicologici di autodifesa comuni a tutti gli esseri umani - garantisce una responsabilizzazione del soggetto. Quest'ultima predispone ad una maggiore collaborazione, ad un interscambio più consapevole, meno affidato "all'imposizione", viceversa lasciando quel margine decisionale o di autonomia intellettuale, che restituiscono dignità di persona consapevole all'assistito; molto frequentemente, nonostante il consenso informato, il paziente lascia passivamente che in realtà il medico decida per lui, per ignoranza manifesta, per paura di "ritorsioni", per desiderio di compiacerlo, così si sarà curati meglio, per affidare in toto a qualcun altro il bagaglio inconfessato delle proprie angosce, per far sì che su di un terzo ricadano timori per scelte sbagliate, ecc. Il coinvolgimento attivo dei parenti assicura, oltre all'evidente vantaggio di poter esprimere senza veli le supposizioni prognostiche, anche la continuità assistenziale, sia psicologica, che farmacologica, necessaria nella fase post-dimissione ospedaliera. Nonostante la bontà delle prestazioni sanitarie, infatti, nessun supporto come il reinserimento nella cerchia familiare e la riacquisizione della propria autonomia potranno essere validamente eguagliati, ai fini della riabilitazione del malato.

La prosecuzione domiciliare (Fig.1) di eventuali terapie palliative, o la disponibilità alla prosecuzione in regime ambulatoriale di protocolli chemio- o radio-terapici neoadiuvanti, dipendono dal grado di conoscenza raggiunto circa la propria malattia, dalla fiducia instaurata con il personale; sarebbe consigliabile che le periodiche visite di controllo fossero eseguite dalla stessa équipe che ha avuto in cura il paziente, vuoi per motivi prettamente tecnici, identificabili nella maggior conoscenza della storia clinica individuale e del decorso post-terapeutico, vuoi per offrire allo stesso quella rassicurante presenza umana con cui sono state condivise ambascie, inquietudini, ma anche rincuoramenti per un risultato positivo. Un archivio costantemente aggiornato offre al medico anche un immediato riconoscimento dell'assistito, il quale certamente non troverebbe molto confortante trovarsi di fronte un camice bianco a cui dover ricordare continuamente il proprio nome o, peggio ancora, i propri "trascorsi".

Da taluni (13), soprattutto per quelle opzioni di ricovero a brevissimo termine (24-48 ore), è caldeggiata

anche la semplice comunicazione telefonica che raggiunga il medico circa il decorso post-operatorio e non interrompa bruscamente l'interrelazione fra le parti; un'agevole reperibilità (numeri telefonici diretti, orari e giorni prestabiliti, personale informato) appare naturalmente il presupposto di una simile iniziativa.

Oltre allo scambio interdisciplinare di informazioni fra gli operatori interessati, assume particolare valenza anche il coinvolgimento del medico di base, il quale, dopo l'indirizzamento dell'assistito verso la struttura specialistica ed una volta edotto sull'iter intrapreso, dovrebbe seguire con maggiore consapevolezza anche la fase successiva di recupero funzionale e cogliere con maggior prontezza quelle alterazioni che preludono alla necessità di ulteriori accertamenti (fase di scompenso, eventuale ripresa neoplastica) e che il paziente, magari frustrato dalla precedente esperienza e refrattario ai controlli consigliati, vorrebbe trascurare. Questa constatazione risulta particolarmente evidente per quei casi culturalmente o emotivamente inaffidabili o per coloro che siano territorialmente disagiati (eccessiva distanza della propria residenza dal centro specialistico, mancanza di mezzi di spostamento propri o di un'adeguata rete di trasporto, ecc.).

Se per il malato "comune" le lunghe attese, sia per l'effettuazione degli esami prenotati che per l'acquisizione dei referti, nonché la frammentazione logistica delle visite (padiglioni distanti fra loro, strutture extranosocomiali in cui dover praticare questo o quell'accertamento richiesto, ecc.) sono fonte di angoscia, nervosismo, esasperazione, ciò è ancora più evidente per il paziente oncologico e i suoi familiari, che ovviamente ritengono la propria situazione più urgente di qualunque altra.

Il dolore neoplastico

*"Le circostanze sono lo staffile col quale la vita ci percuote.
Alcuni di noi lo ricevono a dorso nudo, altri sopra la veste.
C'è questa sola differenza"*
Oscar Wilde

La riabilitazione ed il precoce recupero funzionale del paziente chirurgico presuppongono innanzitutto un'adeguata sedazione del dolore.

La valutazione di quest'ultimo nell'ammalato neoplastico non può considerarsi avulsa dal più complesso ed esteso concetto di sofferenza, intesa quale intima commistione di risentimento fisico, morale ed emotivo. Nella valutazione del dolore entrano in gioco fondamentalmente due varianti: la percezione della sensazione e la reazione emozionale che ne consegue. A qualunque processo morboso fa seguito una risposta fisiologica, emozionale e comportamentale. È noto come l'interpretazione cosciente di uno stimolo, soprattutto se algogeno, sia mediata dall'umore, dal substrato carat-

teriale dell'individuo e dal significato ad essa attribuito; il dolore postoperatorio, ad esempio, appare senz'altro più sopportabile di quanto non lo sia quello provocato da una recidiva neoplastica nota al paziente, poichè foriera di un funesto messaggio.

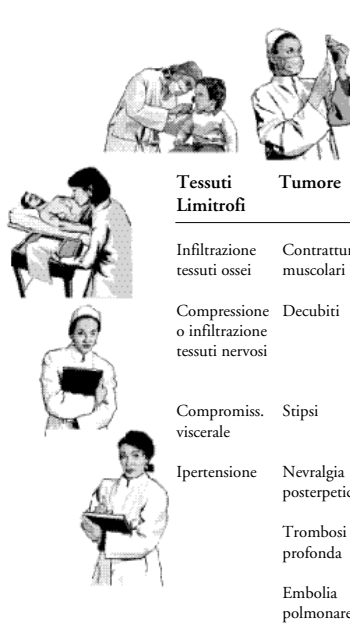
Agli oggettivi stimoli nocicettivi derivanti dal trauma operatorio o dalle metastasi nella fase avanzata, ormai non suscettibili di alcun trattamento chirurgico, si aggiungono infatti imprescindibili connotazioni squisitamente "umane", ovvero sia la percezione della malattia non solo come elemento di menomazione fisica, ma anche quale causa di perdita dell'autostima, degli affetti, del prestigio sociale, del lavoro, oltre alla consapevolezza degli effetti collaterali delle terapie, dell'angoscia susseguente al loro fallimento, della prognosi infausta.

Il coinvolgimento di svariati elementi, sia ambientali che intrinseci alla malattia, ha giustificato la definizione di "dolore totale", al quale concorrono la paura stessa del dolore, della morte, del ricovero e degli effetti collaterali delle terapie, l'incertezza per il futuro proprio e della famiglia, la depressione causata dalla perdita del ruolo sociale ed affettivo, per il deterioramento dell'aspetto, la perdita di controllo del proprio corpo, l'ansia provocata dall'eventuale ritardo diagnostico, dal fallimento delle cure, dalle difficoltà burocratiche, oltre ai meccanismi etiopatogenetici *sensu strictu* (Fig. 2).

I principi fisiologici del dolore riconoscono le cause nella:

- sindrome da deafferentazione, ben nota nei soggetti sottoposti a disarticolazioni, ma recentemente studiata anche in pazienti che abbiano subito un'amputazione addominoperineale o una mastectomia radicale: consiste in una congerie di sensazioni dolorifiche, più o meno tollerabili, a livello del moncone o della superficie ampiamente quantata, descritte sotto forma di punture trafittive, formicolii, intenso fastidio urente, scosse, scariche elettriche, eventi riconducibili ad un'iperexcitazione delle terminazioni nervose residue del metamero deafferentato;
- liberazione di mediatori algogeni, rappresentati da bradichinine e prostaglandine, in assenza di un vero e proprio deficit sensoriale e motorio, traducendosi sul piano clinico in dolore crampiforme o trafittivo;
- miscellanea dei precedenti, ovvero sia contemporanea presenza di dolore somatico e viscerale, con perdita parziale della conducibilità sensoriale e motoria, come osservabile peculiarmente nelle fasi terminali.

Nello stadio avanzato di malattia è presente pressochè continuamente oltre al dolore dinamico, elicitato dal movimento attivo (quando ancora possibile) o passivo della zona, anche il dolore incidente o statico,



Tessuti Limitrofi	Tumore	Terapia Independenti	
Infiltrazione tessuti ossei	Contratture muscolari	Dolore postop.	Artriti-osi
Compressione o infiltrazione tessuti nervosi	Decubiti	Fibrosi attiniche	Cefalea (muscolotensiva, psicogena)
Compromiss. viscerale	Stipsi	Neuropatia attinica	Miositi
Iperensione	Nevralgia postoperatoria	Sequestri ossei	Nevriti
	Trombosi venosa profonda		
	Embolia polmonare		

Fig. 2 - Cause del dolore neoplastico suddivise in base alla sede anatomica, alla presenza stessa della neoplasia, alla terapia o riconducibili a patologie accessorie.

riferito anche in assenza di movimento.

Oltre alla descrizione qualitativa ed alla quantificazione soggettiva della sensazione algogena, rapportabile obiettivamente sulla base degli indici di Keele-Dundee (0=nessun dolore; 1=dolore lieve; 2=dolore moderato; 3=dolore forte; 4=dolore fortissimo) o della scala visiva di Scott-Huskinson (il paziente viene invitato a segnalare con un asterisco un punto, corrispondente idealmente al livello del proprio stimolo nocicettivo, su di un segmento alle cui estremità si trovino come riferimento "assenza di dolore" e "il dolore più intenso immaginabile"), occorre integrare la valutazione globale delle condizioni del malato con informazioni più oggettivamente confrontabili, espresse dall'indice di Karnofsky, relativo al *performance status* (Tab.1). Completano infine l'esame delle condizioni psicosomatiche dell'ammalato la misurazione delle ore di sonno, che dovrebbero attestarsi su valori limite non inferiori alle 7 ore/die, ed una valutazione "psico-sociale".

Può rito la sottostima o la trascuratezza nei confronti della cura del dolore oncologico dipendono essenzialmente da:

- ignoranza circa i presidi e le modalità di trattamento del sintomo;
- resistenza culturale del medico che, nella maggior parte dei casi, tende a considerare il dolore quale un ineluttabile complicanza della malattia neoplastica;
- intralci legali all'uso degli analgesici oppioidi, che

TABELLA 5 - USO SEQUENZIALE DEI FARMACI ANTALGICI.

- Dolori lievi/moderati: antinfiammatori ± adiuvanti.
- Dolori moderati/forti: antinfiammatori + narcotici deboli ± adiuvanti
- Dolore forte/fortissimo: narcotici forti ± antinfiammatori ± adiuvanti

Antinfiammatori = ac. acetilsalicilico, paracetamolo, diclofenac, piroxicam, ecc.

Adiuvanti = benzodiazepine, psicoanalitici, analgesici steroidi.


Narcotici forti = morfina, oppioidi, ecc.

risultano in definitiva i più efficaci.

Nell'approccio alla cura del dolore oncologico occorre considerare tanto la percezione della sensazione, quanto la risposta emozionale da essa evocata. L'associazione di antidepressivi ai farmaci propriamente antalgici è legittimata dalla stretta relazione fra l'ansia che il dolore incute e l'abbassamento della soglia di stimolazione nocicettiva, ed in ultima analisi dalla soglia di tollerabilità che lo stato ansioso determina. Se in condizioni "benigne" la reazione al dolore varia in misura rilevante a seconda dal grado culturale, dell'umore, delle precedenti esperienze di malattia, nel caso del paziente oncologico suddetti comportamenti sono influenzati anche dall'aspettativa di guarigione ed all'opposto dalla consapevolezza che la comparsa del sintomo sia purtroppo sinonimo di avanzamento del male.

L'OMS codifica in tre passaggi sequenziali la strategia per la lotta al dolore neoplastico (Tab. 5) in cui, una volta esaurita l'efficacia della prima batteria di farmaci, ovvero i FANS, deve seguire il ricorso (combinato o alternativo) agli oppioidi minori e successivamente maggiori. Un errore sfortunatamente non infrequente nella pratica clinica consiste nell'ignoranza circa il cosiddetto "effetto tetto" dei FANS, ovvero del fenomeno secondo il quale al superamento della dose limite ogni incremento della posologia non aumenta l'analgesia. In simile circostanza è imperativa quindi l'associazione del FANS ad un oppioide minore, poichè la semplice aggiunta di una molecola della stessa categoria ritarderebbe solo il controllo del dolore, potenziando effetti collaterali tossici e percentuali di insuccesso.

Altro cardine della terapia antalgica è rappresentato dalla perdita del ricordo stesso del sintomo, obiettivo realizzabile grazie alla somministrazione del farmaco ad orari fissi, non già "a richiesta", cioè quando l'intensità del dolore non sia più tollerabile, in modo che la concentrazione ematica del medicamento assicuri costanti livelli di analgesia. Allo stesso modo è deontologicamente corretta la prescrizione di terapie facilmente gestibili da parte del malato, quali la modalità di somministrazione orale o sublinguale ad orari agevolmente memorizzabili, i pasti o il risveglio o l'addormentamento, evitando assunzioni notturne, fonte di ulteriore disagio per il



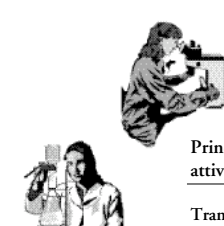
Principio attivo	Dose*	dose
Acetilsalicilato di lisina	900x4	
Acido mefenamico	250x3	
Acido acetilsalicilico	1000x4	
Diclofenac	50x3	
Ibuprofene	300x4	
Ketoprofene	100x3	
Ketorolac	30x4	
Metamizolo	500x3	
Nimesulide	200x2	
Paracetamolo	500x4	
Piroxicam	20x1	

*espressa in mg

Fig. 3 - FANS di uso più frequente.

malato ed i familiari (utili le formulazioni a lento rilascio). La scelta dell'analgesico dovrebbe essere modulata sulla scorta della qualità ed intensità del dolore, dello stadio della patologia e dello stato emotivo del soggetto. Il farmaco ideale dovrebbe essere contrassegnato da: ottimale efficacia, lunga durata di azione, rapida azione antidolorifica, maneggevolezza della posologia e versatilità di somministrazione, ridotto corredo di effetti collaterali. I FANS risultano particolarmente utili nel contrastare i dolori da compressione meccanica dei muscoli, nonché di quelle strutture anatomiche che, quando stirate o infiltrate, inducono una massiccia liberazione di prostaglandine, quali tendini, osso e periostio, sottocute, aponeurosi, rivelando invece uno scarso controllo sul dolore viscerale (Fig. 3).

Mentre il meccanismo di azione dei FANS è riconducibile essenzialmente all'inibizione della sintesi della prostaglandine e degli enzimi lisosomiali, gli oppioidi (altrimenti detti analgesici maggiori, morfinosimili o narcotici) interagiscono a livello centrale, comportandosi alla stregua di agonisti puri (es. morfina), agonisti-antagonisti (es. buprenorfina) o antagonisti puri (es. naloxone) dei recettori per il dolore. Una migliore conoscenza degli effetti collaterali degli oppioidi contribuirebbe certamente ad un loro più largo utilizzo, sfatando pregiudizi molto diffusi anche presso la categoria medica, quali la rapida dipendenza fisica e psichica, la depressione respiratoria, l'incontrollata tolleranza o assuefazione, le alterazioni comportamentali o disforie, che si manifestano per assunzioni di tipo cronico molto più



Principio attivo	Via	Dose media*
Tramadolo	os, im, ev	100/6h
Codeina	os	30-60/4-6h
Morfina	os	20-200/12h
Morfina	sc o im	1/3-1/4 delle dosi per os
Morfina	ev continua	0,04-0,07 mg/kg/h
Buprenorfina	sublin.	0,2-0,4/6-8h
Buprenorfina	im	0,3-0,6/6-8h
Buprenorfina	ev	idem

*espressa in mg

Fig. 4 - Tabella degli oppiacei di più largo uso per la sedazione del dolore neoplastico.

prolungate rispetto a quelle richieste dal paziente neoplastico o in caso di intossicazione acuta. Si ricorda come suddetti effetti collaterali, tipici della morfina, risultino sensibilmente ridotti nel caso degli oppioidi minori, quali tramadolo, codeina, buprenorfina (Fig. 4).

Ricordando la complessità della genesi del dolore totale da cancro, non vanno dimenticate sostanze adiuvanti, quali antidepressivi, corticosteroidi, anticonvulsivi, antiemetici, procinetici, che mirano ad abolire quelle condizioni di disagio fisico ed interiore legate alla condizione neoplastica.

Laddove i rimedi farmacologici abbiano purtroppo perduto la loro efficacia o sussistano condizioni particolari che necessitino di interventi terapeutici più incisivi *ab initio*, l'ausilio di metodiche anche invasive si propone di alleviare il danno funzionale ed emotivo comportato dal dolore. Così il recupero delle disestesie da sindrome dell'organo fantasma prevede ad esempio l'elettrostimolazione percutanea della zona interessata, in modo da indurre un progressivo adattamento o compenso all'iper-eccitazione neuronale del moncone, attraverso la provocazione subcontinua di una sensazione di formicolio. Suddetta metodica tuttavia, condizionata dall'accettabilità del paziente e gravata da un onere economico non trascurabile, non ha conosciuto una larga diffusione, nonostante la validità dei presupposti teorici della sua applicazione (più nota forse l'indicazione posta dalla nevralgia post-erpetica, in associazione alla massiccia somministrazione di amitriptilina o carbamazepina). Occorre considerare, come per ogni fase del trattamen-

to le implicazioni emotive della malattia precedentemente accennate rendano poco propenso ad artifici diagnostici o terapeutici eccessivamente impegnativi un soggetto già duramente provato dalla mutilazione subita.

Pur facendo salve le considerazioni su esposte circa l'indubbia maggior frequenza di applicazione durante lo stadio avanzato del processo maligno, è utile almeno un accenno alle procedure strumentali ed ai provvedimenti farmacologici a disposizione per il trattamento delle algie di etiologia neoplastica, spesso ribelli ai comuni analgesici.

Mezzi antalgici invasivi

Non neurolesivi:

- infusione peridurale negli spazi da L1 ad L4 di antinfiammatori steroidei (120 mg metilprednisolone acetato) in 20-40 ml di soluzione fisiologica; durata dell'analgesia: da 24 ore ad una settimana;
- iniezione subaracnoidea con catetere a permanenza di un massimo di 1 mg/die di morfina cloridrato in 1 cc di fisiologica o di 2-8 mg morfina in 5-20 ml di fisiologica, se l'infusione venga praticata nello spazio peridurale;
- infiltrazione del ganglio stellato con 10 cc di soluzione bupivacaina allo 0,25%; durata dell'analgesia: 2-3 mesi;

Neurolesivi (indicati soprattutto per lagie refrattarie ai comuni analgesici, a carico dei metameri pelvici o degli arti inferiori):

- iniezione subaracnoidea fra T11-T12, L2-L3 o L4-L5 di 2-5 ml di fenolo in glicerina al 10% (soluzione iperbarica) o soluzione ipobarica di alcool assoluto;
- cordotomia percutanea cervicale per algie monolaterali da C7 fino ad S5, tramite radiolesione ad alta frequenza dell'area del fascio spino-talamico corrispondente all'area di irradiazione del dolore, con elettrodo introdotto sotto guida mielografica nello spazio subaracnoideo fra C1 e C2; durata dell'analgesia: da 3 mesi ad un anno, integrabile con analgesici;
- cordotomia anterolaterale toracica a complemento della tecnica di cui sopra, nel caso di algie estese all'emisoma controlaterale o per dolori della metà inferiore del corpo, ma non lateralizzati o oltrepassanti la linea mediana: tomia del fascio spino-talamico, per una profondità di 4-5 mm, previa esposizione chirurgica o laminectomia della T1 o T2 o T3; presenta lo svantaggio di frequenti recidive (30-50%) soprattutto controlaterali; da integrare con analgesici;
- neuroipofisectomia chimica, trans-nasale o trans-sfenoidale, con 1-2 ml di etanolo, per dolori da metastasi ossee diffuse; durata dell'anestesia: da pochi giorni a qualche mese;
- rizotomia spinale posteriori per algie del distretto

cervico-cefalico o del torace, spalla o arto superiore erizotomia sacrale da S2 ad S5 per algie sacrococcigee o perineali; sezione della radice posteriore delle prime radici posteriori del plesso in questione, previa laminectomia;

- rizotomia spinale posteriore selettiva o radiculotomia; mediante medesima tecnica di laminectomia, sezione interessante soltanto le fibre nocicettive, di piccolo calibro, situate in posizione dorsolaterale nel contesto della radice spinale, salvaguardando così la componente mielinica di calibro superiore, deputata alla conduzione della sensibilità tattile propriocettiva; durata dell'anestesia: 3 mesi.

La terapia farmacologica per il trattamento di talune complicanze dolorose, non necessariamente confinate alla fase terminale, è qui di seguito riportata:

- dolore disestesico superficiale: amitriptilina 25-100 mg/die alla sera o carbamazepina 200 mg x3/die;
- dolore da distensione gastrica: metoclopramide 10 mg x 3/die;
- dolore da tenesmo rettale o vescicale: trimebutina 200 mg x 3/die oppure clorpromazina 10-25 mg x 3/die;
- dolore da spasmo muscolare: diazepam 5 mg x 2/die oppure baclofen 10 mg x 3/die;
- linfedema: desametasone 4 mg/die im e/o diuretici 1 cps a giorni alterni;
- stomatite: sciacqui con lidocaina 2% diluita in soluzione acquosa o con magnesio idrossido/algeidrato oppure nistatina (se ad etiologia micotica) 1 cucchiaino x 4/die.

Conclusioni

"Pochi sono tanto saggi da preferire un benefico biasimo ad una lode traditrice"
François de La Rochefoucauld

Non a caso, la conclusione è affidata al richiamo di quei principi di umana solidarietà che dovrebbero permeare il rapporto medico-paziente; è stolto immaginare che un amputato possa "spontaneamente" adattarsi all'uso di una protesi o che in un soggetto, privato della funzione sfinterica ed evacuativa possa disinvoltamente convivere con una colostomia, infine che un individuo, soprattutto se giovane, possa tollerare il disagio di una deformazione estetica, senza la necessaria preparazione psicologica ed il supporto affettivo di chi lo circonda (14, 15). Intenzionalmente in questa dissertazione è stato più volte rimarcato, se

non privilegiato, il “punto di vista del malato”; un esperto della materia potrebbe rivelarsi uno scadente “curatore”, se non avesse sempre ben chiaro il compito di interlocutore con la “persona malata”, oppressa da inquietudini e ferita da un dolore interiore difficil-

mente comprensibile in maniera globale, dinnanzi allo sconvolgimento del corpo e dello spirito. Senza ulteriori perifrasi, occorre rispettare ciò che con semplici, ma vibranti parole, è stato definito “l'incontro di una fiducia e di una coscienza” (16).

Bibliografia

1. Hey-Groves EW: Surgical statistics: a plan for a uniform registration of operation results. *Br Med J* 1908; 1008-1010.
2. Haggard WD: The unnecessary operation. *Surg Gynaecol Obstetr* 1922; 35: 820-822.
3. Rutkow TM, Zuidema GD: Unnecessary surgery: an update. *Surg* 1978; 84 (9): 671-678.
4. Reiss R, Deutsch A, Nudelman I: Surgical problem in octogenarians: an epidemiological analysis of 1083 consecutive admission. *World J Surg* 1992; 16: 1017-1021.
5. Kozak E: Preparing for surgery: the practical work-up pinpoints preoperative dangers. *Geriatrics* 1993; 48: 32-45.
6. Ergina PL, Gold SL, Meakins JL: Preoperative care of the elderly patients. *World J Surg* 1993; 17: 192-198.
7. Leardi S, De Santis C, Ciuca B, Pietroletti E, Schietroma M, Simi M: Morbilità e mortalità postoperatoria in chirurgia geriatrica. *Chir* 1996; 9 (1): 37-42.
8. Belli G, Tamburini M, Paci E: What do Italian hospital physicians know about quality of life assessment in oncology?. *Tumori* 1994; 80: 24-27.
9. Schecter WP: Withdrawing and withholding life support in geriatric surgical patients. *Surg Clin North Am* 1994; 74 (2): 245-249.
10. Mor V, Allen S, Malin M: The psychosocial impact of cancer on older versus younger patients and their families. *Cancer*, (suppl) 1994; 74 (7): 2118-2127.
11. Nano M, Lanfranco G: Qualità di vita e controllo di qualità in chirurgia generale e geriatrica. *Chir* 1996; 9 (2): 155-160.
12. Tamburini M: Aspetti psicologici del paziente neoplastico; in Bonadoma G, Robustelli Della Cuna G: *Manuale di Oncologia Medica*. Masson ed. Milano, 1987; 335-340.
13. De Palma M, Capasso G, Lupone G, Galante M, Confuorto G, Volpe R, Piscopo A, Spina A, Nigro R: Programma di chirurgia a degenza breve (“Short Surgery” e “One Day Surgery”) per il trattamento dei pazienti con patologia tiroidea”. *Quad Med Chir* 1998; 14 (1): 19-23.
14. Ferrucci L, Guralnik JM, Bandnelli S, Lauretani F, Bartali B, Repetto L, Longo DL: The frailty syndrome; a critical issue in geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003; 46(2): 127-137.
15. Schofield PE, Juraskova I, Butow PN: How oncology discuss complementary therapy use with their patient; an audio-tape audit. *Support Care Cancer* 2003 (in press).
16. Giovanni Paolo II: Udienza ai partecipanti ai Congressi Nazionali di Medicina e Chirurgia Roma, 27 ottobre 1980.